

## ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.34-007.271

© М. А. КАШТАЛЬЯН<sup>1,2</sup>, О. С. ГЕРАСИМЕНКО<sup>1,2</sup>, В. Ю. ШАПОВАЛОВ<sup>1,2</sup>, С. А. ПАСТЕРНАЧЕНКО<sup>2</sup>Одесский национальный медицинский университет<sup>1</sup>, Военно-медицинский клинический центр Южного Региона<sup>2</sup>, Одесса**Редкий случай кишечной непроходимости, обусловленный миграцией пищевода стента (клинический случай)**M. A. KASHTALYAN<sup>1,2</sup>, O. S. HERASYMENKO<sup>1,2</sup>, V. YU. SHAPOVALOV<sup>1,2</sup>, S. A. PASTERNACHENKO<sup>2</sup>Odesa National Medical University<sup>1</sup>, Military-Medical Clinical Centre of the South Region<sup>2</sup>, Odesa**RARE CASE OF INTESTINAL OBSTRUCTION, CAUSED BY THE MIGRATION OF ESOPHAGUS STENT (CLINICAL CASE)**

Острая кишечная непроходимость (ОКН) принадлежит к тяжелым заболеваниям органов брюшной полости. Наличие целого ряда причин, которые приводят к возникновению ОКН, разные формы кишечной непроходимости и, как следствие, особенности диагностики и хирургической тактики при каждом виде ОКН диктуют индивидуальный подход к каждому больному с ОКН. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости ОКН составляет 9,4–27,1 % [3, 5, 9, 11]. Она отличается сложным течением, высокой летальностью (до 25 %) среди больных, оперированных по поводу острого живота [1, 3, 7]. Наиболее частыми причинами обтурации тонкой кишки являются опухоли, рубцовые и воспалительные сужения, инородные тела [2, 4].

Мы сочли необходимым представить редкий случай обтурационной тонкокишечной непроходимости, обусловленный миграцией пищевода стента. Описания подобных случаев в доступной литературе мы не встречали. Частота миграции таких стентов, по данным литературы, минимальна и составляет 0–8 % [6]. Стенты мигрируют, как правило, на небольшие расстояния [8].

Больной П. 1957 г. р. поступил в ВМКЦ ЮР 19.12.2011 г. с жалобами на спастические боли в животе, рвоту, неотхождение кала и газов в течение 2-х дней. Из анамнеза: в 2009 году прооперирован в институте онкологии г. Киева по поводу рака желудка. Была выполнена гастрэктомия. На 5–6-е сутки у больного развилась несостоятельность эзофагоэюноанастомоза. Для ликвидации затеков больному был установлен пищевода стент, не покрытый оболочкой. На 30-е сутки после операции наступило выздоровление больного. В дальнейшем не обследовался.

Через год (в конце 2010 г.) больной начал периодически отмечать схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся тошнотой, рвотой. Жалобы исчезали после ограничения объема питания. Похудел за год на 25 кг. Обращался в различные лечебные учреждения, но от госпитализации и детального обследования отказывался.

19.12.2011 г. госпитализирован в отделение абдоминальной хирургии ВМКЦ ЮР с вышеперечисленными жалобами. Больной сниженного питания (рост 175 см, вес 52 кг). В легких везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД–100/70 мм рт. ст. Пульс – 80 в минуту. Язык влажный. Живот умеренно вздут. При пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется болезненный неподвижный инфильтрат. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости определяется инородное тело брюшной полости и тонкокишечные уровни (рис. 1).

После очистительной клизмы отошли газы и имел место стул, уменьшились боли в животе, что позволило отсрочить операцию и провести дообследование. Выполнено УЗИ ОБП – выявлены конкременты в желчном пузыре (больного периодически беспокоили боли в правом подреберье); фиброэзофагоскопия – рефлюкс-эзофагит; фиброколоноскопия – субатрофический спастический колит, долихосигма; энтерография (рис. 2).

Установлен диагноз: “Неполная обтурационная тонкокишечная непроходимость, вызванная мигрировавшим пищевода стентом. Состояние после гастрэктомии (2009 г.) по поводу рака желудка. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит”.



Рис. 1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости больного П.

22.12.11 выполнена лапаротомия. В брюшной полости умеренно выраженный спаечный процесс, печень однородная – опухолевидных образований нет, желчный пузырь увеличен в размерах, содержит конкременты. Петли тонкой кишки спаяны между собой в виде конгломерата, в центре которого прощупывается металлический стент. При разделении спаек между петлями тонкой кишки вскрылся межпетельный абсцесс – выделилось 50 мл сливкообразного гноя без запаха. Стенки абсцесса хрящевидной плотности (частично иссечены, отправлены на гистологическое исследование – метастазов не обнаружено), дефекта стенки тонкой кишки нет. При

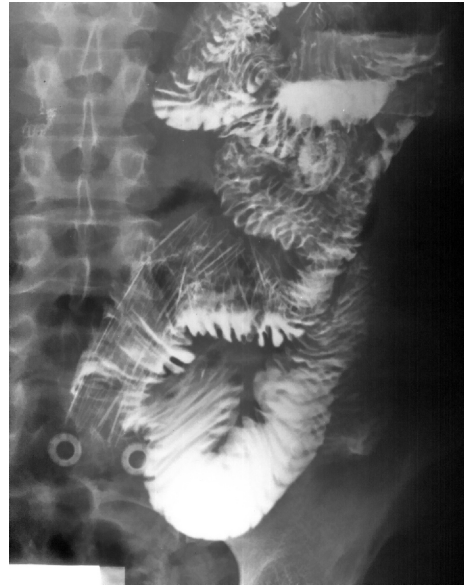


Рис. 2. Энтерография больного П.

дальнейшей ревизии обнаружен участок тонкой кишки с инородным телом (мигрировавшим стентом, переломленным в виде буквы Г, размерами 15х2 см), обтурирующим просвет кишки на расстоянии 80 см от связки Трейца (рис. 3). Приводящая петля умеренно расширена (до 4 см), стенка ее гипертрофирована (явления неполной обтурационной тонкокишечной непроходимости). Удалить стент через еюнотомический разрез не представляется возможным (стент неподвижен, плотно фиксирован к стенке кишки).

Выполнена резекция участка тонкой кишки со стентом, с формированием тонкотонкокишечного анастомоза “бок в бок” (рис. 4).

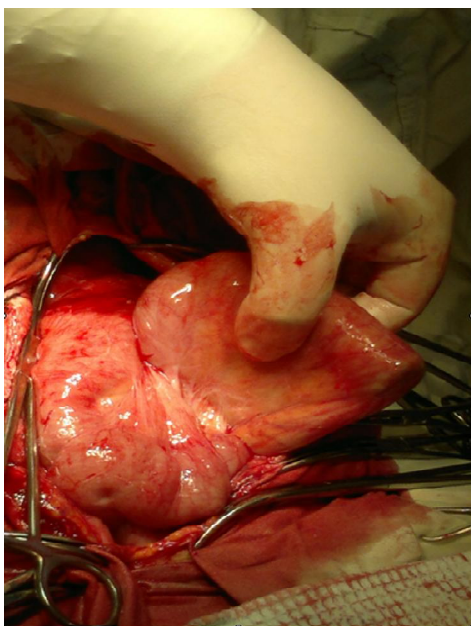


Рис. 3. Участок тонкой кишки со стентом.



Рис. 4. Резецированная кишка со стентом.

Симультанно выполнена холецистэктомия. В малый таз установлен дренаж. Брюшная полость послойно ушита. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. На 6-е сутки после операции выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через

месяц – поправился на 8 кг, болей в животе нет, стул ежедневно.

Таким образом, в редких случаях возможна миграция пищеводных стентов на большие расстояния, что может явиться причиной острой кишечной непроходимости.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лечение несостоятельности пищеводно-тонко-кишечного анастомоза / О. Е. Бобров, С. И. Киркилевский, В. И. Бучнев [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2005. – № 1. – С. 11–13.
2. Ганул В. Л. Рак пищевода : руководство для онкологов и хирургов / В. Л. Ганул, С. И. Киркилевский. – К., 2003. – 200 с.
3. Давыдов М. И. Рак пищевода / М. И. Давыдов, И. С. Стилиди. – М., 2007. – 392 с.
4. Курыгин А. А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / А. А. Курыгин, Ю. М. Стойко, С. Ф. Багненко. – СПб. : Питер, 2001. – 480 с.
5. Плечев В. В. Острая кишечная непроходимость (проблемы, решения) / В. В. Плечев, С. А. Пашков, Р. З. Латыпов. – Уфа : Башбиомед, 2004. – 280 с.
6. Черноусов А. Ф. Хирургия рака желудка / А. Ф. Черноусов, С. А. Поликарпов, Ф. А. Черноусов. – М. : АСТ, 2004. – 336 с.
7. Radecke K. Impact of self-expanding, plastic esophageal stent on various esophageal stenoses, fistulas, and leakages: a single-center experience in 39 patients / K. Radecke // Gastrointest. Endosc. – 2005.

Получено 12.03.13